



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 23 marca 2020 r.

WK-V.9612.1.34.2020

**Pan  
Adam Muszyński  
Centrum Zdrowia  
ul. Czajewicza 5/7 lok.49  
05-500 Piaseczno**

### **WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2020 r. poz. 295) przeprowadzona została kontrola problemowa w jednostce organizacyjnej 08 pn. Centrum Zdrowia NZOZ (dalej NZOZ), mieszczącej się przy ul. Pomorskiej 1 w Piasecznie, prowadzonej przez podmiot leczniczy pn. Centrum Zdrowia.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach prowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 12 marca 2020 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. W NZOZ udzielane były świadczenia w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych i dzieci, rentgenologii i diagnostyki obrazowej oraz rehabilitacji leczniczej. Pomieszczenia placówki spełniały wymagania ogólne oraz szczegółowe określone dla ambulatorium w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595). Podmiot leczniczy posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji podmiotu

leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek. W NZOZ zatrudnieni byli również technicy RTG. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 186). W placówce umieszczono informację o prawach pacjenta, zgodnie z wymogiem określonym w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

**W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:**

1. Nieprowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
  - a) brak *księgi zabiegów*, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w § 39 pkt 3 lit. a rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej. *Księga pracowni* nie zawierała:
  - a) kodu resortowego komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także nazwy tego podmiotu, co jest niezgodne z § 36 pkt 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
  - b) oznaczenia lekarza zlecającego badanie, co stanowi naruszenie § 36 pkt 6 ww. rozporządzenia w związku z z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając brak:
  - a) w 12 przypadkach brak oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie w zakresie tytułu zawodowego oraz uzyskanych specjalizacji, co stanowi naruszenie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. b

i c rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,

b) w 7 przypadkach niezgodność w zakresie nazwy komórki organizacyjnej z kodem resortowym stanowiącym część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. e ww rozporządzenia.

4. Nieuwzględnienie w regulaminie organizacyjnym zgodnej ze stanem faktycznym struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu, co stanowi naruszenie wymogu ustalonego w art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej,

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Pana do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 3 wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza dane wymienione w punkcie 2 wystąpienia. Ponadto w placówce należy prowadzić *Księgę zabiegów*.
2. Zamieszczenia w regulaminie organizacyjnym zgodnej ze stanem faktycznym struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu zgodnie z wymogiem określonym art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.34.2020, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO  
Artur Subda  
Dyrektor Wydziału Kontroli